

# INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMA, POR FAVOR PREGUNTE AL LA RECEPCIONISTA

## INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono de Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Su Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Licencia de Conducir Estado/No. \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de su Esposo(a) ó Pariente Cercano: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Su Profesión: \_\_\_\_\_ Su Empleador: \_\_\_\_\_

Fue Referido a esta Oficina por:  Pariente ó Persona Familiar y Su Nombre: \_\_\_\_\_

En la Clínica  Amigo(a) y Su Nombre: \_\_\_\_\_

Páginas Amarillas  Otro \_\_\_\_\_

Internet  Radio – Cual: \_\_\_\_\_

Periódico  Demonstración en centro comercial – Donde: \_\_\_\_\_

T.V.  Correo

Pago será:  En Efectivo  Tarjeta de Crédito/Débito  Seguro Médico

Cheque  Seguros de Automóvil  La Compensación del Trabajador

Nombre de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado No: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Esta cubierto por mas de una compañía de seguros?  Si  No - Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA/FAMILIA

Y = YO

M = MADRE

P = PADRE

(Favor de indicar en la espacio apropiado que condición (es) ha(n) experimentado)

Y M P

SIDA

anemia

artritis

asma

dolor de espalda

problemas con la vejiga

fractura de hueso

cáncer

dolor de pecho

concusión/conmoción

convulsiones

diabetes

indigestión

Y M P

dislocación de coyunturas

epilepsia

sarampión alemán

dolor de cabeza

problemas del corazón

desórdenes reproductivos

hipertensión

HIV/ARC

desórdenes de riñón

pérdida de control intestinal

calambres mentales

esclerosis múltiple

distrofia múltiple

Y M P

dolor de cuello

nerviosismo

entumecimiento

polio

mala circulación

hepatitis

fiebre reumática

reumatismo

escarlatina

lesiones graves

problemas del seno

tuberculosis

enfermedad venérea

Ha sido tratada por un médico para cualquier condición de salud en el último año?  Si  No

Describe la condición \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

## HISTORIA QUIRÚRGICA:

1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez un implante metálico?  Si  No  Le han baleado alguna vez?  Si  No

## HISTORIA DE ACCIDENTES:

Trabajo  Automóvil  Otro 1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Trabajo  Automóvil  Otro 2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Trabajo  Automóvil  Otro 3. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Allendale Chiropractic Clinic

1210 Allendale Road, Pasadena, Texas 77089

**POR FAVOR DESCRIBA SUS QUEJAS PRINCIPALES PRESENTES:**

Por favor califique su síntomas de 1 - 10 (Con 10 siendo el peor).

1 - 10

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____

SÍNTOMAS SON PEORES EN:  Mañana  Tarde  Noche  
CUANDO Y COMO  
OCURRIÓ: \_+\_\_\_\_\_

SÍNTOMAS SE DESARROLLARON DE:  Lesión de Trabajo  Accidente de Auto  Accidente Otro  Enfermedad  
FECHA QUE OCURRIÓ: \_\_\_\_\_  Motivo No Conocido  Otro: \_\_\_\_\_  Inicio Gradual

SINTOMAS PERSISTEN POR No.:  Hora(s)  Día(s)  Semana(s)  Mes(es)  Año(s)  Otro: \_\_\_\_\_  
SINTOMAS SON:  Constante  Infrecuente  Otro \_\_\_\_\_  
HA TENIDO ESTOS SÍNTOMAS ANTES:  No  Si - Cuando: \_\_\_\_\_  
QUÉ PIENSAS QUE PUEDE SER LA CAUSA DE SU QEJA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y UBICACIÓN DE TODOS LOS MEDICOS VISTO ANTERIORMENTE PARA ESTA CONDICION(ES):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ES USTED ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO:  No  Si - Cuáles? \_\_\_\_\_  
ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO:  No  Si - Cuáles? \_\_\_\_\_

ESTÁS EMBARAZADA:  Si  No - Fecha del Último Período Menstrual: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, REVISE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE AGRAVAN SU CONDICIÓN:**

- |                                   |                                     |                                  |                                       |                                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inclinar | <input type="checkbox"/> Extenderse | <input type="checkbox"/> Empujar | <input type="checkbox"/> Toser        | <input type="checkbox"/> Girar la Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Cargar   | <input type="checkbox"/> Estornudar | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Estar Parado | <input type="checkbox"/> Sentarse        |

**POR FAVOR, REVISE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE ALIVIAN SU CONDICIÓN:**

- |                                 |                                        |                                   |                                       |                                          |
|---------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dormir | <input type="checkbox"/> Baño Caliente | <input type="checkbox"/> Masaje   | <input type="checkbox"/> Acostar      | <input type="checkbox"/> Girar la Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Cargar | <input type="checkbox"/> Caminar       | <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Estar Parado | <input type="checkbox"/> Estiramientos   |

**POR FAVOR, REVISE LOS SINTOMA ADICIONALES QUE ESTA SUFRIENDO:**

- |                                                      |                                               |                                             |                                               |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> los brazos dormidos         | <input type="checkbox"/> zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> pies fríos         | <input type="checkbox"/> manos frías          |
| <input type="checkbox"/> concentra miento            | <input type="checkbox"/> confusión            | <input type="checkbox"/> estreñimiento      | <input type="checkbox"/> depresión            |
| <input type="checkbox"/> como agujas en las piernas  | <input type="checkbox"/> cara roja            | <input type="checkbox"/> desmayos           | <input type="checkbox"/> fatiga               |
| <input type="checkbox"/> movimiento de músculos      | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza    | <input type="checkbox"/> insomnio           | <input type="checkbox"/> luz molesta los ojos |
| <input type="checkbox"/> pérdida de olfato           | <input type="checkbox"/> perdida de sabor     | <input type="checkbox"/> no resiste el frío | <input type="checkbox"/> falta de aire        |
| <input type="checkbox"/> entumecimiento de los pies  | <input type="checkbox"/> visión borrosa       | <input type="checkbox"/> mareos             | <input type="checkbox"/> cuello tieso         |
| <input type="checkbox"/> entumecimiento de las manos | <input type="checkbox"/> cabeza pesada        | <input type="checkbox"/> diarrea            | <input type="checkbox"/> fiebre               |
| <input type="checkbox"/> dolor de estómago           | <input type="checkbox"/> sudores fríos        | <input type="checkbox"/> equilibrio         | <input type="checkbox"/> episodios de llanto  |

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**